

Allégations d'abus sexuels dans les contextes de séparation parentale : une forme atypique de « Münchausen par procuration »¹

Emmanuel de BECKER ²

Définitions

Quel clinicien, quel intervenant n'a jamais éprouvé un malaise devant une situation d'enfant en souffrance, dont l'origine du trouble semble appartenir, du moins en partie, aux attitudes ou aux propos inadéquats du parent ?

Voilà 50 ans qu'ASHER décrivait le syndrome de Münchausen reposant sur les éléments suivants : des troubles factices³ conduisant à de multiples investigations et à des traitements inutiles et/ou préjudiciables (souvent à caractère urgent, aigu), une errance et des pérégrinations d'hôpital en hôpital ainsi que des fabulations pénétrant l'ensemble de la biographie du sujet, ...

25 ans plus tard, MEADOW en définit une présentation particulière, à savoir le syndrome de Münchausen par procuration (SMPP) ; la violence n'est plus retournée sur soi-même, elle est maintenant adressée à un tiers, le plus souvent un mineur d'âge. D'après l'auteur, le parent qui allègue ou produit la maladie chez l'enfant semble être à la recherche d'une reconnaissance à partir de l'interaction avec le monde soignant, centrée sur le jeune enfant.

¹ Bulletin d'Informations de l'Action Enfance maltraitée n° 55, édition ONE, Bruxelles, 2003

² E. de BECKER, pédopsychiatre du programme SOS Enfants St Luc, cliniques universitaires Saint-Luc, place Carnoy 16, B-1200 Bruxelles.

³ Pour rappel, le trouble factice consiste dans des "symptômes physiques ou psychologiques qui sont produits intentionnellement ou qui sont feints par le sujet, dans le but de jouer le rôle de malade".

En 1987, ROSENBERG propose de rassembler les critères du syndrome de Münchhausen par procuration :

- une maladie simulée et/ou produite délibérément par un parent sur son enfant ;
- une investigation médicale répétée dans l'intention d'une reconnaissance pour le bien-être de l'enfant ;
- un déni du parent quant à l'origine des symptômes de l'enfant ;
- un amendement de la symptomatologie présentée par l'enfant lorsqu'il est séparé du parent en question.

Les présentations de ce tableau peuvent être très variées, allant de la " simple " altération de l'histoire médicale à l'agression directe de l'enfant pouvant conduire à sa mort.

La littérature a décrit des formes diverses de ces comportements énigmatiques provoquant chez les soignants tour à tour trompés, utilisés, irritation et évitement devant des " autres " malades, véritables fables en quête d'écoute, ..., " lointains héritiers des dégénérés de MOREL et MAGNAN et des mythomanes constitutionnels de DUPRE " FENELON p. 7, 1998.

D'un autre côté, devant l'augmentation des séparations parentales dites " gravement conflictuelles ", des auteurs comme Gardner ont étudié des formes particulières de maltraitements d'enfants, comme, par exemple, le syndrome d' " aliénation parentale ".

Pour notre part, nous nous sommes interrogés devant des allégations d'abus sexuel sur un enfant, agression non confirmée par le diagnostic, le discours du parent se voulant convaincant, répété, mettant en cause l'autre parent (ou un proche de ce dernier).

Une remarque s'impose au niveau des définitions et des termes utilisés. Ainsi, le syndrome " d'aliénation parentale " décrit par Gardner, il y a déjà 20 ans, provient de l'observation d'enfants plongés dans des situations de séparation parentale compliquées. Il a étudié l'impact de celle-ci sur l'enfant, enfant " otage " qui adopte un comportement de dénigrement du parent qui ne l'héberge pas au titre principal. Il est en fait l'objet d'un conditionnement plus ou moins subtil qui le conduit à perdre une position neutre et un vécu personnel.

Travaillant dans l'évaluation et le traitement de situations de maltraitance d'enfants, nous avons poursuivi l'observation et la compréhension des tableaux complexes où un adulte met consciemment ou inconsciemment, activement ou indirectement, un mineur d'âge en danger. A la suite d'auteurs comme Meadow et Schreier, nous avons élargi les définitions du syndrome de Münchhausen par procuration.

En fait, le SAP et le SMPP sont deux manières assez proches de " lire " des situations où l'enfant est objet d'emprise d'adultes et illustre bien l'effet du contexte professionnel sur la façon de définir la clinique. Mais il y a toutefois une différence : notre hypothèse de travail s'appuie sur une défaillance grave de la personnalité du parent.

A nos yeux, ce n'est pas tant la terminologie qui importe que la compréhension des phénomènes en jeu et des pistes thérapeutiques à établir pour sortir l'enfant des distorsions affectives et cognitives dont il est victime.

Description

Appuyons-nous sur une vignette clinique qui, sans être paradigmatique, donne les éléments habituels et essentiels des situations rencontrées.

Une mère nous consulte, en urgence, pour son petit garçon âgé de trois ans qui aurait subi des attouchements de la part de son père lors d'un week-end d'hébergement chez celui-ci. C'est au retour d'un " droit de visite ", pendant le bain, que l'enfant aurait confié " l'agression sexuelle ". Conseillée par sa propre mère et son avocat, Madame nous sollicite pour obtenir des preuves renforçant sa certitude. En fait, ce n'est pas la première démarche qu'elle pose dans ce sens ; voilà deux ans, peu de temps après le départ de son mari, qu'elle " œuvre " pour la protection de son fils, interpellant médecin traitant, puéricultrices de crèche, magistrats, ... membres de la famille élargie.

Lors de la première consultation, elle est logorrhéique, tout en tenant un discours bien charpenté à propos de l'enfant. Elle parle toutefois de ce dernier comme enjeu de conflit, tout en insistant sur sa souffrance personnelle. Elle ne s'adresse pas à lui, dénigre ouvertement le père, mêlant rancœur du passé et haine actuelle.

Madame demande un " diagnostic minute " par écrit, en vue, dit-elle, de " bousculer l'expertise " ordonnée récemment par le Juge de 1^{ère} Instance.

Après plusieurs entretiens tant avec l'enfant, la mère qu'avec différentes personnes de l'entourage (dont le père !), nous écartons l'hypothèse d'abus sexuel mais retenons l'existence d'un trouble délirant à type de persécution (selon le DSM IV)⁴ chez Madame.

⁴ Critères diagnostiques du F22.0 [297.1] Trouble délirant

- Idées délirantes non bizarres (c.à.d. impliquant des situations rencontrées dans la réalité telles que : être poursuivi(e), empoisonné(e), contaminé(e), aimé(e) à distance, ou trompé(e) par le conjoint ou le partenaire, ou être atteint(e) d'une maladie), persistant pendant au moins 1 mois).
- N'a jamais répondu au critère A de la Schizophrénie. NB : des hallucinations tactiles et olfactives peuvent être présentes dans le trouble délirant si elles sont en rapport avec le thème du délire.
- En dehors de l'impact de l'idée (des idées) délirante(s) ou de ses (leurs) ramifications, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement.
- En cas de survenue simultanée d'épisodes thymiques et d'idées délirantes, la durée totale des épisodes thymiques a été brève par rapport à la durée des périodes de délire.
- La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques direct d'une substance (p.ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

A type de persécution. Ce sous-type s'applique quand le thème délirant central comporte la conviction qu'on complotte contre le sujet, qu'il est trompé, espionné, poursuivi, empoisonné ou drogué, diffamé avec méchanceté, harcelé ou entravé dans la poursuite de ses buts à long terme. Des problèmes mineurs peuvent être exagérés et former le noyau d'un système délirant. Souvent le délire est centré sur une injustice à laquelle il doit être porté remède grâce à la loi (" paranoïa querulente ") et la personne atteinte entreprend souvent des démarches répétées pour obtenir réparation en se pourvoyant en appel auprès des tribunaux ou en faisant des réclamations auprès d'autres services publics. Les personnes présentant des idées délirantes de persécution éprouvent souvent du ressentiment et de la colère et peuvent recourir à la violence contre ceux qu'ils croient coupables de malversation à leur égard.

L'expérience clinique montre qu'environ 20% des séparations parentales se déroulent sur un mode conflictuel ; on sait, par ailleurs, que ce n'est pas tant la séparation comme telle qui génère des dommages chez l'enfant que le maintien du conflit avec, entre autres points, le non respect des règles d'hébergement et la destruction de l'image de l'autre comme parent. L'évolution du contexte socio-culturel (une fragilisation de la place du père, voire des pères et des rôles parentaux, les longueurs des procédures judiciaires, la fréquence et la banalisation des séparations elles-mêmes, ...) voit en corollaire une augmentation des accusations de violences sexuelles sur les enfants à l'encontre du père.

Ciblons-nous sur certaines situations d'allégations d'abus sexuels qui pourraient être regroupées sous une forme atypique du " syndrome de Münchhausen par procuration " . Quels en seraient les éléments ?

- Un parent vit une certitude quant à la matérialité d'un abus sexuel subi par l'enfant, s'appuyant sur de multiples contacts répétés avec divers intervenants pour renforcer cette certitude ; celle-ci, accompagnée d'une angoisse, amène l'adulte inquiet à adopter un comportement de " nomadisme médical " ;
- Une allégation d'abus est amenée, le plus souvent, sur un mode aigu, par l'adulte, qu'elle soit exprimée également ou non par l'enfant ; le diagnostic infirme, dans la plupart des cas, cette hypothèse ;
- Un contexte de séparation parentale conflictuelle, au sens large (conflit latent ou patent) ;
- Un profil psychopathologique chez le parent qui allègue, en lien avec une souffrance et un vécu de maltraitance antérieure. Nous retenons l'hypothèse de psychose chez celui-ci ;
- Divers intervenants ressentent un sentiment d'emprise de la part du parent inquiet, générant malaise, irritation, souhait d'intervention radicale ou d'évitement ;
- Un enfant, au milieu de ces enjeux, en risque d'être aliéné par le discours du parent qui allègue.

Discussion : de quelques questions à se poser...

✓ Qu'en est-il des aspects psychopathologiques ?

- Au cœur du syndrome SMPP, se situe une relation mère-enfant de symbiose pathologique qui, pour BELTRAND, doit être élargie et considérée comme une " maladie " de la " relation mère-enfant-médecin ". Maladie ? Et pourtant, dans un premier temps, parfois très long, le comportement du parent renvoie à l'image de la " bonne mère ", attentive, dévouée, disponible et collaborante. D'habitude, ces parents forcent l'admiration de la part de l'équipe soignante. En fait, les mères semblent trouver dans la consultation et plus encore dans l'hôpital un lieu d'épanouissement, de " pare-excitation " ou plutôt de " pare-angoisse ". BINNET, lui, estime que la mère⁵ vit avec son enfant un " rapport inintelligible ", où, seul, le corps de ce dernier semble avoir un sens pour le parent et l'intéresser.

⁵ Le vocable " mère " ne doit pas laisser sous-entendre que les pères ou d'autres substituts ne peuvent jamais être concernés ! Ainsi, certains pères s'en prennent aux mères des enfants ou aux membres de leur entourage.

En fait, de larges controverses s'animent autour d'un éventuel tableau psychiatrique du parent qui allègue. Selon les auteurs, on parle de pathologie narcissique, hystérique, borderline,... voire d'absence de trouble psychologique ! Tout récemment, un expert dans les déviations et agressions de nature sexuelle comme H. VAN GIJSEGHEM estimait que le parent " aliénant " n'est que rarement malade⁶.

Quoi qu'il en soit, on peut parler de relation d'emprise de la part d'un parent avec une volonté de contrôle, des attitudes de possession à l'égard d'un enfant qui n'a le droit ni de désirer, ni d'être différent.

Destructeur par l'absence de tiers, ce lien particulier conduit l'enfant à devenir un autre soi-même pour le parent ; il lui appartient, considéré comme un prolongement, ce qui amène à de la confusion, source possible d'un trouble connu sous l'appellation " folie à deux "⁷.

Ces différents aspects incitent à concevoir l'existence d'une structure psychotique chez le parent qui allègue ainsi que d'une souffrance (c'est aussi pour nous un aspect important à considérer pour la suite du travail !) en lien avec un vécu de carence affective majeure durant son enfance. Si on se penche sur le passé de ces parents, pour autant que ceux-ci nous autorisent à évoquer leur propre existence⁸, on note la présence de soins maternels et paternels inadéquats, d'abandon, voire de différentes formes de maltraitance. Ils ont été aussi privés du processus de séparation qui permet d'accéder à la subjectivation. De ce fait, les interdits sont mal assurés, les identifications parentales sont floues ou rigides. On relève également de nombreuses expériences de pertes, de ruptures, de deuils ayant entraîné des atteintes narcissiques. Dès lors, on peut comprendre l'allégation d'abus sexuel portée par les mères comme une tentative d'accrocher leur propre souffrance au corps de l'enfant, sans retourner leurs pulsions agressives contre elles-mêmes. La perception délirante du parent projetée sur l'enfant est une façon de se protéger narcissiquement, de se préserver en " colmatant l'angoisse ", mais exprime aussi l'inaptitude à séparer la réalité du fantasmatique. Ainsi, un traumatisme réel survenu dans l'enfance du parent qui allègue peut avoir été refoulé, et un événement, quel qu'il soit, aurait réactivé les traces mnésiques de ce traumatisme.

D'autres hypothèses existent ; des auteurs comme Schreier ou Amarilli évoquent une position perverse du parent dans la relation avec l'enfant ; pervers à comprendre comme trait de caractère. L'enfant serait perçu comme " prothèse narcissique " du parent préposé à le réparer.

⁶ Dans l'aliénation parentale, il est animé d'une croyance inébranlable, comparable à la foi en Dieu ; loin de nous de rentrer dans une polémique sur le rapport entre psychiatrie et religion, délire mystique et foi religieuse, ... Au lecteur à se situer !

Kelly donne cette définition du SAP : phénomène où un enfant exprime librement et de façon persistante des sentiments et des croyances déraisonnables (rage, haine, rejet, crainte) envers un parent et qui sont significativement disproportionnés par rapport aux expériences réelles que l'enfant a vécu avec ce parent.

⁷ Folie à deux : décrit, il y a plus de cent ans ; ce concept désigne un processus psychotique incluant deux personnes étroitement liées, où l'une a entraîné l'autre. Le DSM a repris la notion sous l'appellation " trouble psychotique partagé ".

⁸ En soi, c'est déjà là une belle étape thérapeutique acquise car très souvent, ils ne peuvent se décentrer de leur enfant ...

Par ailleurs, pour reprendre la sémantique de Winnicott, on pourrait dire que l'enfant devient l'objet d'une préoccupation pathologique, la préoccupation maternelle primaire étant trop investie d'angoisses. Cette omniprésence maternelle rend difficile la mise en place de la relation entre l'enfant et son père. Si ce dernier est défaillant à tenir son rôle de " tiers séparateur " qui permettrait de sortir de l'identification primaire entre la mère et l'enfant, celui-ci se trouve enfermé dans un espace fusionnel, inadapté à l'établissement d'une relation objectale satisfaisante.

Une autre question n'est pas simple : celle de l'absence relative de culpabilité. Il semble que le sujet se détourne de l'éventuelle culpabilité en se responsabilisant à l'excès. Ce sentiment se retrouverait-il alors délégué à un autre, comme le professionnel, chargé lui, de s'y confronter ?

– Quant à l'autre,... Qu'en est-il du père ?

Peu d'informations sont mentionnées au sein de la littérature. Dans notre expérience, le père est vécu comme absent... ou l'est réellement ! Il est souvent décrit comme discret, distant, faible, peu impliqué dans les soins de l'enfant. Il y a surtout absence de transfert d'identification de la mère au père. Mais pour qu'un père existe, il faut qu'un homme désire occuper cette place et qu'une femme le reconnaisse comme tel. A la suite de J.P. Lebrun, rappelons qu'être père implique l'accès à la dimension symbolique, au langage, ce qui permettrait la mise en place de la réalité psychique du sujet, contrairement au fait d'être géniteur.

Dans notre hypothèse, nous pensons que la mère est incapable d'ouvrir au tiers.

Quoi qu'il en soit, la relation entre le père et l'enfant sera d'autant préservée si celle-ci préexistait à l' " éclatement " du syndrome, entre autres marqué par la séparation du couple. Mais cela n'a pas toujours été possible !

– Et du côté de l'enfant ?

N'ayant pas " objectivement " subi d'agression sexuelle, l'enfant est toutefois victime d'un discours de maltraitance à son propos. L'impact des attitudes parentales et des professionnels sur son fonctionnement psycho-affectif est considérable. L'enfant est réellement traumatisé, déstabilisé voire morcelé entre des savoirs contradictoires sur sa personne, l'un des parents le désigne comme victime de maltraitance, l'autre le nomme objet de manipulation. A terme, angoissé, l'enfant risque de perdre la moitié de ses " racines identitaires ", et de connaître des troubles de l'identité.

En entretien, l'enfant peut être pris à tenir des propos confirmant les allégations sans avoir ni l'autorisation, ni les compétences cognitives et affectives de s'en dégager. L'enfant plus âgé, ou plus solide psychiquement, adopte le retrait ou le silence. Quand il s'agit de bébés, on observe des perturbations des relations précoces, et des signes de dépression, ...

Schématiquement, on peut retenir que quand l'enfant parle, il présente deux grands tableaux possibles : soit rongé dans un conflit de loyauté, il connaît l'anxiété, la dépression, la culpabilité, soit pris dans un processus d'aliénation, il adopte le discours d'un parent contre l'autre avec le risque d'atteinte d'image de soi et de développer ultérieurement des troubles psychiatriques importants (assuétudes, désorganisation de la personnalité, ...). Les conséquences sur l'enfant du syndrome de Münchhausen par procuration sont donc graves !

- La relation de la mère avec le corps médical est relativement analogue au lien avec l'enfant, le soignant devenant un objet. Rappelons que dans la forme classique du SMPP, le rôle du soignant est prépondérant puisqu'il devient en quelque sorte maltraitant par délégation et il permet, par son attitude, de valider les actes et les dires de la mère. Inquiet et irrité (quand il a compris !), le professionnel est alors tenté de renvoyer la mère à ses fabulations, ses revendications, ses manœuvres de séduction.

Si on prend la référence médicale, en s'identifiant au médecin qui soigne et à l'enfant qui reçoit l'attention, le parent tenterait de réparer les traumatismes vécus dans l'enfance. L'allégation ne constitue pas qu'un " moyen " pour rentrer en relation avec la figure parentale substitutive que représente le professionnel, dont le parent attendrait reconnaissance, réparation. Le parent qui allègue devrait être entendu comme sollicitant le soignant à " faire tiers séparateur " dans la relation mère-enfant.

✓ Quelle prise en charge ? ...Comment réagir ?

En 1985, SERRANO écrivait dans un article inédit: " une des principales difficultés du SMPP est la prise en charge. La mise en place d'un espace thérapeutique devrait répondre aux buts suivants : assurer la protection de l'enfant ; sédentariser le comportement de consommation médicale ; préserver la relation mère-enfant ".

Bien que le SMPP soit considéré comme une forme particulière de maltraitance d'enfants, les cas suspects sont rapportés tardivement aux équipes spécialisées dans ce domaine, en raison non seulement d'un manque d'information concernant le syndrome auprès de nombre d'intervenants mais aussi en raison des contre-attitudes et d'une ambivalence de ceux-ci à l'égard du parent. Beaucoup de professionnels sont souvent déjà impliqués sans connaître l'existence des différentes démarches faites par ailleurs. Des investigations co-existent, renforçant de la sorte la dynamique pathologique. Le risque est alors d'assister, impuissants, au comportement de nomadisme médical. L'important est d'arrêter ce cycle répétitif par la mise en place d'un cadre d'intervention, parfois avec interpellation de l'instance judiciaire et une éventuelle séparation de l'enfant du milieu familial. Ainsi, la nécessité d'inscrire une fonction tierce conduit, selon les cas, à faire intervenir le Conseiller de l'Aide à la Jeunesse ou saisir le Juge de la Jeunesse⁹. Des mesures de placement et de prescription de bilan, d'examen médico-psychologique sont alors prises. L'introduction d'un tiers entre la dyade mère-enfant et le monde soignant est essentiel pour la mise en place d'un projet à long terme car ce tiers permet de médiatiser l'agressivité circulant entre les protagonistes.

⁹ En Belgique, depuis 1991, suite à la volonté du législateur de " déjudiciariser ", les Services d'Aide à la Jeunesse (SAJ) ont été créés ; basés sur la collaboration des personnes concernées, ils représentent une autorité morale, sociale.

Dès le début de l'intervention, le réseau socio-familial est à mobiliser afin de coordonner et de rendre cohérents les rôles de chacun des intervenants dans leur mission de protection de l'enfance. Cela est nécessaire pour assurer une fonction de " contenant " à l'égard des parents et pour éviter un clivage entre intervenants. C'est là l'intérêt primordial des pratiques de réseau, décrites, entre autres, par J. Barudy.

– Question essentielle : la protection de l'enfant !

Plutôt que l'accumulation de preuves pour poursuivre éventuellement en justice le parent responsable, il y a lieu davantage d'évaluer le niveau de sécurité ou de danger pour l'enfant. En partant de l'hypothèse que l'enfant connaît son parent, a les outils psychiques pour se protéger, et est à même à s'y adapter, les éloignements devraient être rares. Cependant, il existe pour l'enfant un danger réel, actuel, certain et grave. Il existe des risques de désordres psychologiques importants si celui-ci reste maintenu dans le discours délirant de son parent. Par ailleurs, la pathologie continue souvent à être induite alors que l'enfant est hospitalisé. Les signes de souffrance de l'enfant, son âge et les symptômes présentés doivent parfois amener l'intervenant à envisager un écartement pour protéger l'enfant de l'influence du parent et limiter son comportement ; un signalement au niveau protectionnel est peut-être aussi à entrevoir. Certains auteurs, tels Rosenberg (1987) estiment qu'essayer de traiter ces situations sans une supervision judiciaire du suivi est un leurre très dangereux pour l'enfant. Gardner et Van Gijseghem estiment que l'intervention thérapeutique doit toujours être protégée par procédure légale et pouvoir compter sur le support du milieu judiciaire.

En outre, si le parent peut présenter, comme nous en avons fait l'hypothèse, une personnalité psychotique, une communication réelle avec celui-ci est difficile à établir. Les défaillances de l'adulte peuvent donc être parfois telles qu'il y a lieu d'envisager une séparation de plus longue durée entre l'enfant et son parent. Cependant, il est important de maintenir alors des rencontres mais dans un lieu encadré par des professionnels, tel un Espace Rencontre afin de respecter la loyauté filiale de l'enfant. Sachons encore que l'éloignement n'est pas un but en soi et que l'enfant peut être nourri de culpabilité ou de l'angoisse de la distance imposée d'avec son parent.

Faut-il alors confier d'emblée l'enfant au parent " accusé " ? Peut-être pas aussi systématiquement et rapidement qu'une légitimité certaine l'indiquerait ! Il s'avère souvent nécessaire de prendre le temps de comprendre, de se " réparer ", de se préparer en respectant un espace transitionnel duquel différentes formes de rencontres de parole peuvent s'initier.

- Les mesures sociales ne suffisent pas ; les rencontres de paroles sont toujours pertinentes. La parole concerne d'abord les faits. Y a-t-il eu réellement agression ? Dans certains cas (enfant de moins de deux ans, enfant inhibé,...), un diagnostic quant à la matérialité des faits est difficilement réalisable. Cependant, on gagne à respecter un temps d'évaluation globale qui portera sur les éventuelles défaillances et sur les ressources des différentes personnes concernées. Comme nous l'avons déjà mentionné, dans la plupart des situations, l'hypothèse d'abus est infirmée. Si ce temps d'exploration ne permet pas l'établissement d'une conviction, il est de toute façon intéressant de maintenir un lien avec l'enfant et sa famille, et de reprendre plus tard un moment-diagnostic.

Il y a lieu de rencontrer l'enfant individuellement et d'aborder avec lui ce qu'il dit lui-même de ses symptômes... L'enfant peut adhérer au discours de sa mère et participer de la sorte à la tromperie pour protéger son parent. Il peut aussi se taire, se retrancher derrière les " je ne sais pas ", en dissociant les aspects de sa vie affective et de son corps.

Concrètement, rencontrer la souffrance de l'enfant, c'est permettre à celui-ci de verbaliser ses affects en utilisant le média comme le dessin, le conte, la métaphore... Tout enfant, même s'il présente une accommodation et donne l'impression de " fonctionner " correctement sur le plan psychique, mérite un accompagnement thérapeutique.

Quant à la mère, son implication dans l'élaboration de la prise en charge est une des clés pour envisager un changement. Si ce n'est pas fait, l'adulte qui allègue risque de renforcer son sentiment de persécution et de non-compréhension. De la sorte, il pourrait retourner son angoisse sur lui-même ou sur son enfant ; angoisse provoquant de l'agressivité contre lui-même ou contre l'autre.

Lors de la rencontre avec le parent qui allègue, il y a lieu d'être clair et soutenant, et non accusateur. Le but des entretiens avec celui-ci n'est pas de le convaincre ou d'obtenir un aveu de sa part (Rosenberg, 1987). Il s'agit de respecter la signification du symptôme de l'enfant pour aider le parent. Il s'agira d'inviter la mère à poser un regard le plus large possible sur la situation et sur son enfant, à envisager une ouverture par rapport à lui et à reconnaître la frontière entre le monde des peurs imaginaires et la réalité. On peut aussi travailler le renforcement de la confiance de base, l'estime de soi de l'adulte, de l'enfant, ... aider à l'autonomie.

Précédemment, nous avons abordé le fait que le parent était notamment motivé par une recherche de reconnaissance, liée aux failles narcissiques qui ont entaché son enfance. Dans cette hypothèse, il y a lieu de toucher " l'enfant en souffrance ", enfermé dans cet adulte, de lui permettre d'exprimer sa rage, les traumatismes subis, sa culpabilité, sa déception... et cela afin de l'aider à échapper en partie à une emprise infantile. En effet, le parent mélange souvent vécu antérieur et craintes actuelles.

Un auteur comme Raphaël affirme qu' " il faut qu'il y ait verbalisation pour pouvoir décrypter, contenir et traiter les angoisses d'anéantissement vécues dans le passé face à des figures parentales particulièrement inconsistantes, détériorées et destructrices, mais totalement attractives au point de hanter en permanence le présent " (Raphaël et al., 1999, p. 63).

Cependant, les mécanismes de défense de ces parents sont souvent puissants et peu nombreux sont ceux qui arrivent à une telle démarche. Rarement, des éléments personnels seront abordés ; les certitudes actuelles serviront de symptôme-écran par rapport aux événements anciens. L'alliance thérapeutique est souvent difficile. Cela rejoint un aspect de la psychopathologie de ces parents (personnalité psychotique), c'est-à-dire l'impossibilité d'un tiers médiatisant la relation entre parent et enfant. De même, cette difficulté d'établir un accrochage thérapeutique avec la mère nous semble aussi expliquer le fait que ce syndrome soit peu connu. Quand bien même le parent conçoit une aide psychologique, celui-ci se dérobe volontiers. Les chances de parvenir à mobiliser le parent sur le plan psychique sont donc faibles.

Terminons en rappelant que le SMPP exprime un trouble de la relation parent-enfant prenant notamment naissance dans diverses organisations psychopathologiques de l'adulte que nous avons abordées plus haut. Cette relation est très ambivalente. Le projet thérapeutique sera, dès lors, de restaurer des liens affectifs constructifs entre la mère et l'enfant, et ce, en dégageant l'un et l'autre des liens pathologiques afin d'amorcer le processus d'individuation de l'enfant.

Le rôle d'un tiers dans la relation mère-enfant prend ici toute son importance et permet à l'enfant de sortir de la fusion pathologique avec sa mère. Derrière ce comportement abusif du parent se cache en effet une angoisse de séparation, une peur de perdre l'autre et d'être abandonné.

Enfin, une personne très absente de l'étude du SMPP et considérée trop souvent comme étrangère aux troubles de son enfant, peu investie dans sa fonction parentale est le père. Il est important que ce père puisse exprimer ses sentiments, sa position directement à l'enfant, au risque que ce dernier se sente abandonné et adhère davantage au discours de l'autre parent. Il y a lieu aussi d'évaluer la qualité de leurs liens. Cependant, il n'est guère facile d'inviter ce père vu le déni et l'agressivité de la mère.

Bibliographie

AMARILLI P., PATRIS M. (1995) Le syndrome de Münchausen. Enquête sur un malade au-dessus de tout soupçon. *Annales médico-psychologiques* 153 (7) 433-440.

ASHER R. 1951. Münchausen's syndrome, *The Lancet*, 1, 339-341.

BELTRAND C. (1996) Le syndrome de Münchausen par procuration. *Le Carnet Psy* 16, 16-19.

BELTRAND C., SIMONNOT AL, MAZET P. 1997. Le syndrome de Münchausen par procuration. Forme étrange de maltraitance à l'égard de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 45 (4-5), 180-189.

BERGER, M. 2001. Les jalons d'évaluation de l'hôpital Belle-Vue pour les situations de défaillance parentale. *Dialogue* 152

BINNET E., WEIGEL B., DANON G., LE NESTOUR A. 2000. Le syndrome de Münchausen par procuration. Essai de compréhension psychopathologique. *Psychiatrie de l'Enfant*. XLIII (1), 55-108

BOOLS CN, NEALE BA ; MEADOW SR (1994) Münchausen syndrom by proxy : a study of psychopathology. *Child Abuse and Neglect* 18 (9) 773-788.

de BECKER E., de LAVELEYE A. 2001. L'allégation d'abus sexuel : une forme atypique du syndrome de Münchausen par procuration. *Acta Psychiatrica Belgica*, 101 (1), 5-23.

de LAVELEYE A. 2001. A la rencontre d'une forme de maltraitance parentale particulière : le syndrome de Münchausen par procuration abordé dans une perspective systémique. Mémoire de licence en psychologie clinique. UCL Louvain-La-Neuve.

DE SMEDT AC. et al. Janvier 2002. Sensibilisation des intervenants de première ligne aux signes précoces à bas bruit de la dépression du jeune enfant. Recherche menée dans le cadre d'un appel à projet de la Fondation Roi Baudouin. Centre La Lice – Chaussée de Wavre 520 – B-1040 Bruxelles.

ELIACHEFF C. 2002. Mère-Fille. Odile Jacob.

FENELON G. 1998. Le syndrome de Münchausen, PUF. Collection Nodules.

GARDNER RA. 1997. The spectrum of parental alienation syndrome. Part I ans II. *American Journal of Forensic Psychology* 15 (3) 23-52 and 15 (4) 39-92.

LE NESTOUR A., BINET E. (1999) Le syndrome de Münchausen. Maltraiter par excès de soins. *Enfances et Psy* 8, 135-143.

MEADOW SR. 1995. What is and what is not "Münchausen syndrome by proxy" ? *Archives of Disease in Childhood*. 72 (6), 534-538.

ROSENBERG, DA. 1987. Web of deceit : a litterature review of Münchausen syndrome by proxy. *Child Abuse and Neglect*.11, 547-563.

SCHREIER HA (1992) The perversion of mothering : Münchausen syndrom by proxy. The bulletin of the Menninger Clinic 56, 421-437.

SCHREIER HA. 1996. Repeated false allegations of sexual abuse presenting to sheriffs : when is it Münchausen by proxy ? *Child Abuse and Neglect* 20 (10), 985-991.

SERRANO, J., WETZBURGER, C. et EVRARD, Ph. 1985. Méthode thérapeutique pour le syndrome de Münchausen par procuration. Article inédit

VAN GIJSEGHEN H. 2002. Le syndrome de l'aliénation parentale. Conférence donnée à la Faculté de Médecine de Namur (Belgique), le 05.11.2002.

: